



ORIENTAÇÕES DE SOLICITAÇÃO

APLASIA PURA ADQUIRIDA CRÔNICA DA SÉRIE VERMELHA

(ciclofosfamida, ciclosporina e imunoglobulina)

Via **original** do **LAUDO MÉDICO** para solicitação de medicamentos preenchida e assinada por médico especialista para a patologia em questão.

Obs.: **TODOS OS CAMPOS DEVERÃO ESTAR PREENCHIDOS!**

Receita Médica, contendo o nome do medicamento (Denominação Comum Brasileira = nome genérico), sua apresentação, forma de administração, dosagem diária e data.

Cópia de **Exames** complementares mais recentes que comprovem a solicitação, ou seja, que confirmem o diagnóstico):

- Relatório médico
- Hemograma completo e plaquetas, contagem de reticulócitos
- Biópsia e aspirado de medula óssea.

Para portadores de Parvovírus B19: anticorpos Anti B19 IgM no soro ou detecção do DNA viral soro por técnicas de biologia molecular.

Cópia dos **Documentos Pessoais** do paciente : **R.G. e Cartão do SUS**. Cópia dos documentos pessoais do responsável pelo recebimento do medicamento, caso o paciente esteja impossibilitado de fazê-lo.

Cópia do **comprovante de residência** (conta de água, luz ou telefone) em nome do paciente , semelhante ao endereço anotado no Laudo Médico ou uma Declaração de Residência.

Via **original** do **TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO** e demais documentos exigidos pelos Protocolos Técnicos do Ministério da Saúde ou da Secretaria de Estado de Saúde/MS.

PREENCHER CID-10 COM 3 DÍGITOS E UTILIZAR NOME GENÉRICO DO(S) MEDICAMENTO(S)

Qualquer solicitação de medicamentos deverá estar de acordo com a Portaria GM/MS 1.554 de 30 de julho de 2013, e suas atualizações futuras, **não sendo aceito os pedidos identificados pelo nome comercial.**

ATENÇÃO: Solicitações incompletas e (ou) ilegíveis não serão protocoladas!